

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., доцент Макаренко Т.А.

Реферат

«Эндометриоз мочевыводящих путей»

Автор: клинический ординатор
Ухова Юлия Андреевна

Красноярск 2021г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Рецензия д.м.н., доцента Макаренко Татьяны Александровны на реферат клинического ординатора первого года обучения по специальности «Акушерство и гинекология» Уховой Юлии Андреевны по теме «Эндометриоз мочевыводящих путей».

Основные оценочные критерии рецензии:

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	
2	Наличие орфографических ошибок	
3	Соответствие текста реферата теме	
4	Владение терминологией	
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	
6	Логичность доказательной базы	
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	
8	Использование известных научных источников	
9	Умение сделать общий вывод	

Итоговая оценка:

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Содержание:

- I. Введение
- II. Классификация эндометриоза
- III. Патогенез
- IV. Клиническая картина
- V. Диагностика
- VI. Список используемой литературы

Введение

Эндометриоз – патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки.

Выделяют генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. При генитальном эндометриозе поражаются наружные и внутренние половые органы (матка, маточные трубы, яичники, влагалище, вульва).

При экстрагениальном эндометриозе поражаются органы за пределами половой системы. Наиболее частыми разновидностями экстрагенитального эндометриоза являются: эндометриоз кишечника, эндометриоз послеоперационных рубцов и мочевого пузыря. Значительно реже встречается эндометриоз мочеточников, почек, легких и других органов.

Классификация внутреннего эндометриоза:

стадия I – патологический процесс ограничен подслизистой оболочкой тела матки;

стадия II – патологический процесс переходит на мышечные слои;

стадия III – распространение патологического процесса на всю толщу мышечной оболочки матки до ее серозного покрова;

стадия IV– вовлечение в патологический процесс, помимо матки, париетальной брюшины малого таза и соседних органов.

Классификация эндометриоза ретроцервикальной локализации:

Для эндометриоза ретроцервикальной локализации общепризнана клиническая классификация, определяющая объем вмешательства и тактику лечения.

стадия I – эндометриоидные очаги располагаются в пределах ректовагинальной клетчатки;

стадия II – прорастание эндометриоидной ткани в шейку матки и стенку влагалища с образованием мелких кист и в серозный покров ректосигмоидного отдела и прямой кишки;

стадия III – распространение патологического процесса на крестцово-маточные связки, серозный и мышечный покров прямой кишки;

стадия IV – вовлечение в патологический процесс слизистой оболочки прямой кишки с распространением процесса на брюшину прямокишечно-маточного пространства с образованием спаечного процесса в области придатков матки, а также распространение процесса в сторону параметрия, вовлекая дистальные отделы мочевыделительной системы (мочеточники и мочевой пузырь)

Патогенез

Эндометриоз является многофакторным заболеванием, и, несмотря на длительное его изучение, этиология данного патологического процесса до сих пор не ясна.

Предложено множество теорий патогенеза эндометриоза:

- имплантационная (теория ретроградной менструации J. A. Sampson, 1921),
- метапластическая,
- эмбриональная,
- дисгормональная и теория нарушения иммунного баланса и др.

Наряду с гиперэстрогенией, резистентностью к прогестерону, воспалительными изменениями, индукцией неоангиогенеза, лежащих в основе инфильтративного роста, инвазии в окружающие ткани с последующей их деструкцией, распространения заболевания, в последнее десятилетие обсуждается роль в развитии эндометриоза стволовых клеток, генетических мутаций и эпигенетических факторов, к которым можно отнести факторы внешней среды и др.

Видимо, существуют различные механизмы поражения мочевого пузыря при эндометриозе.

Во-первых, возможно врастание в стенку мочевого пузыря очагов эндометриоза со стороны брюшной полости (с поверхности брюшины, покрывающей заднюю стенку мочевого пузыря).

Во-вторых, эндометриоз мочевого пузыря достаточно часто сочетается с аномалиями развития мочевой и половой системы. Врождённые аномалии развития мочеполовой системы, как важный фактор риска эндометриоза в принципе, выявляют у 11 % девочек-подростков с эндометриозом. И, наоборот, у 76 % пациенток с аномалиями развития мочеполовой системы и

нарушенным оттоком менструальной крови диагностирую эндометриоз. Данная статистика может отчасти подтверждать так называемую эмбриональную теорию возникновения эндометриоза. Согласно этой теории очаги эндометриоза могут развиваться из смещённых (перемещённых) участков тканей, из которых в процессе эмбрионального развития возникают внутренние половые органы.

Эндометриоз мочевого пузыря и мочеточников — экстрагенитальная форма эндометриоза, при которой ткань, функционально и морфологически подобная эндометрию, разрастается за границы полости матки. Частота поражения мочевого пузыря эндометриозом составляет около 1% от всех локализаций эндометриозных очагов. Поражение мочеточников выявляется в 0,1% случаев.

Среди слоев стенки мочевого пузыря серозный поражается эндометриозом чаще всего, при распространении гетеротопий на мышечный слой нередко в процесс также вовлекается пузырно-маточная складка с образованием эндометриозных инфильтратов. При инфильтративном эндометриозе треугольника мочевого пузыря процесс может распространяться на устья мочеточников.

Стенки мочеточника при эндометриозе поражаются реже, несмотря на то, что мочеточник часто окружен забрюшинным фиброзом, который распространяется из пораженных процессом крестцово-маточных связок или подпаянной эндометриозной кисты.

Левый мочеточник поражается чаще, чем правый. Медиально к левой маточной трубе прилежит сигмовидная кишка, оказывающая давление на левую маточную трубу. Сигмовидная кишка имеет изогнутую форму, необходимую для более медленного прохождения по ней каловых масс, что необходимо для их уплотнения и окончательного формирования. Данная особенность продлевает время раздражения слизистой оболочки сигмовидной кишки уже плотными каловыми массами, повышая вероятность

ее повреждения и воспаления. Это способствует повышению проницаемости ее стенки и попаданию кишечной флоры в брюшную полость с формированием здесь хронического воспаления, в которое вовлекается левая маточная труба с нарушением ее перистальтической активности, вероятно, достаточной для развития маточно-перитонеального рефлюкса. В подтверждение данной теории следует привести данные Т. Jess и соавт., которые обнаружили более высокую встречаемость хронических воспалительных заболеваний толстой кишки в популяции женщин, страдающих эндометриозом.

Риск поражения мочеточника при ректовагинальном эндометриозе: распространенность ЭМ была значительно выше (12-18%) у пациентов с ректовагинальными узлами с диаметром >3 см, чем у пациентов с меньшими узлами или без ректовагинальных узлов (0-1,6%)

Недавнее проспективное исследование (Сессарони et.al., 2018) показало, что ЭМ тесно связан с широким вовлечением параметрия, возникающим из-за стойкого DIE, влияющего на задний параметрий (маточно-крестцовые связки, ректовагинальный связки, боковые ректальный связки) и латеральный параметрий (кардинальные связки, пузырно-маточные связки)

Ретроспективное исследование Chapron et.al. (2010) из 29 пациентов с тяжелой обструкцией мочеточника обнаружили 38,2% внутренних поражений и 61,85% внешних поражений, тем самым демонстрируя, что также внешние поражения могут быть ответственны за обструкцию мочеточника.

Наружная обструкция мочеточника часто вызвана вторичным фиброзом, возникающим вблизи эндометриоидных имплантатов

Трудности диагностики ЭМ связаны с бессимптомным течением почти у 30%
Симптомы неспецифичны (дисменорея, диспареуния и неменструальная тазовая боль)

В ряде случаев прогрессирующая обструкция верхних мочевых путей приводит к бессимптомной потере функции почек

Под влиянием гормонов в эндометриoidных очагах происходят циклические изменения, подобные тем, что характерны для слизистой оболочки матки. Макроскопически очаг эндометриоза имеет форму узла плотной консистенции, что связано с формированием инфильтративно-рубцовых изменений вокруг очага, появившихся вследствие скопления кровяных частиц и ферментов.

Клиническая картина

У третьей части пациенток с эндометриозом мочевого пузыря симптомы долгое время могут отсутствовать. Также нет прямой зависимости между имеющимися проявлениями и степенью поражения. Интенсивность симптомов зависит от фазы менструального цикла, они нарастают во второй фазе.

Характерными признаками эндометриоза мочевыводящих путей являются:

- Боли или ощущение тяжести в нижней части живота, в пояснице, в малом тазу. Различного характера и интенсивности, боли вызваны воспалительным процессом, воздействием на нервные окончания, спайками.
- Появление в моче крови — циклическая гематурия — один из основных признаков эндометриоза мочевого пузыря. Как правило, частицы крови в моче появляются перед менструацией или во время нее.
- Учащенное мочеиспускание — характерный симптом при поражении мочевыводящих путей, при этом процесс нередко становится болезненным.

При отсутствии своевременного и качественного лечения развиваются различные осложнения. Заболевание сопровождается формированием спаек, которые являются не только причиной боли, в большинстве случаев спайки приводят к бесплодию. Также существует риск нарушения пассажа мочи, что может привести к тяжелым заболеваниям почек. Стоит учесть вероятность

опухолевых и гиперпластических процессов в различных органах, что связано с гормональными и иммунными нарушениями.

Диагностика

Специфическая лабораторная диагностика эндометриоза не разработана.

Помимо стандартного гинекологического обследования (бимануальный осмотр, ректовагинальное обследование, кольпоскопия, цитологическое исследование соскобов из шейки матки) рекомендованными методами диагностики при эндометриозе мочевого пузыря являются:

1. Трансвагинальное УЗИ — проводится для выявления изменений в стенке матки, диагностики объемных образований, оценки их размеров и т.п. Рекомендовано назначение ультразвукового исследования органов малого таза (УЗИ) ультразвуковым трансвагинальным датчиком (при наличии) у пациенток с подозрением на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания. УЗИ необходимо провести для диагностики подозреваемого эндометриоза, даже если гинекологический осмотр не выявил патологии для диагностики эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеоточника.
2. Трансабдоминальное или трансвагинальное УЗИ мочевого пузыря — позволяет оценить толщину стенок, структуру, выявить различные образования и гиперэхогенные включения, определить объем остаточной мочи, исключить затеки мочи в парапузырное пространство и др.
3. УЗИ почек — показано при ретроцервикальном эндометриозе или при наличии инфильтратов в параметрии;
4. Урография — позволяет оценить общее состояние мочевыводящих путей, обнаружить патологические очаги в мочевыводящих путях.
5. Цистоскопия — возможна с биопсией при поражении позадипузырной клетчатки — один из основных методов диагностики, в ходе которого осматриваются стенки мочевого пузыря, уретры, устья мочеоточников.

6. Томография (компьютерная или магнитно-резонансная) — служит для оценки степени распространения эндометриоза на расположенные рядом с маткой органы.
7. Лапароскопия — наиболее информативный метод диагностики, позволяющий оценить состояние матки и яичников, обнаружить эндометриоидные очаги в наружном слое стенки мочевого пузыря, а также выявить очаги эндометриоза на брюшине. Рекомендована лапароскопия для верификации диагноза эндометриоза, определения степени распространения, клинических форм, выявления инфильтративного эндометриоза, эндометриом, сочетанных заболеваний. Лапароскопия при подозрении на эндометриоз должна быть предложена в следующих ситуациях: когда для пациентки приоритетным является наступление беременности; наличие болевого синдрома и отсутствие эффекта от консервативного лечения. Рекомендовано для подтверждения эндометриоза проведение патологоанатомического исследования операционного материала. Положительной морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, отрицательный - не исключает его наличие. Во всех случаях эндометриоза яичников и глубокого инфильтративного эндометриоза необходима биопсия для уточнения малигнизации. Рекомендовано провести визуальную оценку состояния мочеточников, мочевого пузыря, а также кишечника при подозрении на их вовлечение в инфильтративный процесс, при предоперационной подготовке провести специальное обследование для определения объема операции
8. Не рекомендовано использование МРТ малого таза для рутинной диагностики эндометриоза. Следует рассмотреть проведение МРТ малого таза, чтобы оценить степень глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеточника. Следует проводить МРТ (при возможности) при сочетанных заболеваниях — аденомиоз (узловая или кистозная форма) у пациенток репродуктивного возраста для выбора доступа и объема реконструктивнопластической

операции. Целесообразно обеспечить интерпретацию МРТ таза специалистом в области гинекологической визуализации.

9. Рекомендовано использование визуальной аналоговой шкалы (приложение Г2), представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль) в баллах у пациенток с подозрением на эндометриоз и ХТБ для характеристики выраженности болевого синдрома и воздействия его на качество жизни.

Лечение

Консервативное лечение при эндометриозе мочевого пузыря возможно в период менопаузы, поскольку существует вероятность регресса эндометриоидных очагов. Также медикаментозная терапия назначается при наличии абсолютных противопоказаний к операции. В остальных случаях медикаменты назначаются радикально избавиться от очагов эндометриоза можно только с помощью хирургического лечения. После операции при эндометриозе мочевого пузыря назначение гормональных средств позволяет снизить риск развития рецидива до минимальных значений.

Рекомендовано использование нестероидных противовоспалительных препаратов у пациенток с эндометриозом для купирования болевого синдрома. Нестероидные противовоспалительные препараты могут быть назначены кратковременно до 3 месяцев при отсутствии противопоказаний самостоятельно или в сочетании с терапией первой линии. При недостаточном уменьшении болевого синдрома должно быть назначено другое лечение.

Рекомендовано использование нейромодуляторов (по анатомо-терапевтическо-химической классификации лекарственных средств (АТХ) – другие психостимуляторы и ноотропные препараты) у пациенток с эндометриозом при наличии нейропатической боли в качестве эмпирической медикаментозной терапии (без хирургической верификации диагноза) при

отсутствии кистозных форм эндометриоза и других опухолей и опухолевидных образований гениталий.

Было предложено множество радиологических методов, в настоящее время нет единого мнения о том, какой диагностический метод следует использовать для оценки.

Уретероскопия используется для диагностики внутреннего эндометриоза, хотя отсутствие поражения не исключает наличия эндометриоза мочеточника. Помимо макроскопического распознавания эндометриоидных поражений, которые могут проявляться в виде как отежности различной формы и цвета, уретероскопия позволяет выполнить биопсию, гистологическое подтверждение и абляцию.

Возможно выявление мультифокальности заболевания, измерения расстояния между нижними краями эндометриоза и отверстиями мочеточника, что имеет фундаментальное значение для выбора хирургического доступа.

Уретеролизис

Уретеролизис заключается в изоляции и мобилизации мочеточника, освобождения его от эндометриоидных и фиброзных поражений для снятия обструкции мочеточника.

В настоящее время наиболее часто используется лапароскопический доступ, поскольку он считается безопасным и эффективным.

Противопоказан при полной обструкции мочеточника.

Является методом выбора при минимальном, внешнем и необструктивном ЭМ.

В настоящее время нет единого мнения о пользе уретеролиза у пациентов с тяжелой обструкцией мочеточника.

Уретеролиз должен быть выполнено перед резекцией эндометриоидного узла у всех пациентов с инфильтративным эндометриозом, с целью определения

точного положения мочеточника и избежания ятрогенных повреждений мочеточника во время операции.

Резекция мочеточника с анастомозом конец в конец

Резекция мочеточника с анастомозом конец в конец обеспечивает более полное удаление эндометриоза и окружающего фиброза из мочеточника.

К краткосрочным и долгосрочным осложнениям относятся разрыв или стриктура в месте анастомоза.

Сегментарную резекцию мочеточника следует проводить пациентам с тяжелой или полной обструкцией мочеточника, с очевидным стенозом, но ограниченным верхним или средним отделом мочеточника.

Уретеронеоцистостомия

Уретеронеоцистостомия заключается в реимплантации мочеточника в новое место в стенке мочевого пузыря в обход фиброзной и эндометриоидной области, в которую вовлечен мочеточник.

Реимплантацию мочеточника следует рассматривать в случае тяжелого поражения мочеточника, когда поражения мочеточника находятся рядом с местом прикрепления мочевого пузыря, или поражения охватывают стенку мочеточника вдоль большей части тазового мочеточника, и, таким образом, анастомоз «конец в конец» невозможен или случай стойкого и рецидивирующего стеноза после консервативного лечения (Vercellini et.al., 2000).

Прямой анастомоз без натяжения может быть выполнен в случае небольшого дефекта мочеточника, тогда как большие расстояния требуют psoas bladder hitch procedure (фиксации задней стенки мочевого пузыря к сухожилию поясничной мышцы) или лоскута Боари (тубуляризация лоскута мочевого пузыря для замены дистального отдела мочеточника) (Stein et.al., 2013).

Список используемой литературы

1. Оперативная гинекология. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А., с. 127., 2013г.
2. Урология сегодня», № 1 (60) 2020
3. Клиника и диагностика эндометриоза мочевыводящих путей / А. М. Хачатрян, М. В. Мельников, В. Д. Чупрынин [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 12. – С. 52-57.
4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ
ХАЧАТРЯН А. М.¹, ЧУПРЫНИН В. Д.², ХИЛЬКЕВИЧ Е. Г.^{3,4},
ПАВЛОВИЧ С. В.³, МЕЛЬНИКОВ М. В.⁵, ГАС А. И.⁶
5. Маринкин И.О., Феофилов И.В. Успешное хирургическое лечение эндометриоза мочевого пузыря. Акушерство и гинекология. 2018; 4: 150-4.
<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.4.150-154>
6. Эндометриоз мочевыводящих путей: обзор 19 случаев
Суреш Кумар¹, Пунит Тивари , Прамод Шарма , Амит Гоэль , Джитендра П.
Сингх , Мукеш К. Виджай , Сандип Гупта , Малай К Бера , Ануп К Кунду